FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1960 **THÈSE** N° 874

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard LANHAM
Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 22 août 1933, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1960

Les lésions destructives disco-vertébrales au cours de la pelvi-spondylite rhumatismale

ÉTUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE BASÉE SUR 11 OBSERVATIONS

Président : DE SÈZE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuéjoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Lœper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN .. .. Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR .. .. .. Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		CORDIER (G.)
Anatomie (*chaire à titre personnel*)		DELMAS (A.)
Anatomie pathologique		DELARUE (J.)
Anesthésiologie		BAUMANN (J.)
Bactériologie		FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale		JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale		FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	SICARD (A.)
	Cochin	QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu	MÉNÉGAUX (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpétrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpétrière)		ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Broussais	DE GENNES (L.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SOULIÉ (P.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LÉGER (L.) OLIVIER (C.) PADOVANI (P.) POILLEUX (F.) ROUX (M.) VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	HAGUENEAU (J.) *pr. s. ch.* BOUDIN (G.) CONTE (M.) DOMART (A.) MILLIEZ (P.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.) TURIAF (J.)
Clinique neuro-rhumatologique	DE SÈZE (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MAYER (M.) MERGER (R.) RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
Clin. pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) *prof. sans chaire*
Biochimie médicale	ETTORI (J.) *prof. à titre personnel*
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) *prof. sans chaire*

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlles CHAINTREUIL (G.), HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-:-:-:-:-

Année 1960 N°

THESE

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

LANHAM Bernard
Né le 22 Août 1933 à PARIS
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

-:-:-:-

Présentée et soutenue publiquement le 196

-:-:-:-

LES LESIONS DESTRUCTIVES DISCO VERTEBRALES AU COURS DE LA PELVI SPONDYLITE RHUMATISMALE

ETUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE BASEE SUR 11 OBSERVATIONS

-:-:-:-:-

Président : Monsieur le Professeur S. de SEZE

-:-:-:-:-

PARIS - 1960

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR Stanislas de SEZE

Professeur de la Chaire d'Histoire de la Médecine
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a inspiré cette thèse, qui me fait le grand honneur de la présider et dont l'enseignement m'a été si précieux au cours de mon externat.

En témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. COSTE

Dans le service duquel j'ai appris les premiers éléments de la rhumatologie.

En hommage respectueux pour son précieux enseignement.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554021_0009

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE F. DELBARRE

Qui a guidé mes premiers pas en rhumatologie, en témoignage de ma profonde gratitude pour son enseignement.

AU DOCTEUR Claude GUERIN

Qui m'a apporté ses conseils éclairés et son aide précieuse dans la réalisation de ce travail.

Avec toute ma reconnaissance et ma gratitude.

A MESSIEURS LES ASSISTANTS DE LA CONSULTATION DU CENTRE VIGGO PETERSEN

Hommage respectueux et reconnaissant.

Je remercie Melle F. de LAPASSE, Bibliothécaire du Centre VIGGO PETERSEN pour son aide dévouée.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Monsieur le Docteur L. AUROUSSEAU

Monsieur le Docteur M. CACHIN

Monsieur le Docteur SERINGE

Monsieur le Professeur PETIT-DUTAILLIS

CE TRAVAIL A ETE REALISE GRACE AUX

DOCUMENTS DU CENTRE VIGGO PETERSEN

HOPITAL LARIBOISIERE :

PROFESSEUR : S. de SEZE

-:-:-:-:-

I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-

Il est en général admis que le disque intervertébral est, du moins radiologiquement, peu altéré au cours de l'évolution d'une pelvi-spondylite rhumatismale.

FORESTIER et Coll. écrivent (7) : "Le disque intervertébral est en principe de hauteur normale. Ceci est un signe utile pour le diagnostic de syndesmophyte. Cependant, nous avons trouvé dans 18 % des cas des diminutions nettes de hauteur du disque. Elles peuvent être dues à diverses causes plus ou moins apparentes : maladie de Scheuermann, dégénérescence discale, soit à la spondylarthrite elle-même. Il s'agit presque toujours de cas de spondylarthrite ankylosante très avancée et en particulier de formes latentes".

Il n'est donc pas fait mention d'aspect destructif osseux ou discal.

De SEZE et RYCKWAERT (16) mentionnent une possibilité d'affaissement discal : "Les disques intervertébraux sont habituellement normaux. Ils peuvent cependant s'affaisser. Quand il existe une cyphose dorsale, ils sont habituellement pincés à leur partie antérieure dans la région dorsale et le processus d'ossification sous ligamentaire peut envahir la partie antérieure du disque."

La plupart des auteurs étrangers insistent surtout sur la notion d'absence d'alteration discale au cours de la pelvi-spondylite (4) (3) (12).

Pourtant, R. ROMANUS et S. YDEN ont attiré l'attention sur l'existence possible, au cours des pelvi spondylites, de lésions destructives osseuses qu'ils ont appelées "spondylite antérieure". Puis ils ont décrit des destructions plus importantes du disque et des plateaux vertébraux, véritable spondylo-discite dont l'étiologie est, pour eux, le processus rhumatismal.

Notre étude de ces aspects destructifs discaux et osseux a été faite sur l'analyse de 420 dossiers de pelvi-spondylite observés au Centre Viggo Petersen, de 1955 à 1959.

Nous y avons découvert 6 cas de spondylo-discites rhumatismales typiques dont les aspects radiologiques sont identiques à ceux antérieurement publiés et 5 cas de lésions destructives plus discrètes et plus localisées.

Nous avons été frappé par la méconnaissance de ces lésions, très souvent source d'erreur diagnostique, en particulier avec les spondylo-discites infectieuses.

On peut expliquer cette constatation par le fait que la plupart des études sur la pelvi-spondylite ont porté sur le diagnostic des lésions précoces. Les formes évoluées

où apparaissent les lésions destructives sont en règle d'un diagnostic évident et ont, de ce fait, été beaucoup moins étudiées.

Cependant, depuis 1937, quelques auteurs, surtout de langue anglaise, ont signalé à plusieurs reprises la possibilité de lésions destructives du corps et des disques au cours de la spondylarthrite, lésions qu'ils ont en général comparées à un mal de Pott.

-:-:-:-:-

E T U D E H I S T O R I Q U E

-:-:-:-:-:-

= En 1937, ANDERSON publie (1) 2 cas de spondylarthrite avec destruction localisée, sclerose des plateaux vertébraux et réduction de la hauteur du disque. L'auteur pense que ces lésions sont dues à la spondylarthrite.

= En 1940, EDSTRÖM rapporte 7 cas de lésions destructives qui semblent être des cas de spondylite antérieure, type ROMANUS. Mais un de ces cas fut traité pendant 6 mois pour spondylo-discite tuberculeuse car la lésion de D 12 pouvait simuler un foyer pottique limité.

= En 1951, GUEST et JACOBSON (9) découvrent des lésions osseuses dans 7 de leurs 90 observations.

Un de ces cas présente des lésions destructives des corps vertébraux touchant la partie adjacente du disque D 11 - D 12, avec sclérose des plateaux et pincement discal.

= A la même date, J. FORESTIER, J. ROTES-QUEROL et F. JACQUELINE, dans la monographie sur la spondylarthrite ankylosante (7), signalent sans commentaires et sans interprétation un cas (+) où il existe d'importantes lésions destructives :

Il s'agit d'un homme de 41 ans, porteur d'une spondylarthrite depuis 13 ans. Le cliché radiographique montre un

---

(+) - Figure 37, page 65.

aspect typique de spondylo-discite rhumatismale avec destruction osseuse importante prédominant à la partie antérieure, densification et irrégularité des plateaux vertébraux adjacents à D 10 - D 11. Il existe peu d'affaissement discal. Les auteurs expliquent cette anomalie par une ankylose inter-apophysaire postérieure préalable à la spondylodiscite.

= En 1952, ROMANUS et YDEN insistent sur la fréquence des destructions osseuses et discales au cours de la pelvi-spondylite et font une étude d'ensemble sur ces formes (13).

Pour ces auteurs, la spondylite antérieure avec lyse, flou et condensation des angles antérieurs des corps vertébraux est presque constante et serait suivie d'un temps de réparation avec formation de l'ossification intersomatique. Les aspects de spondylo-discite ne seraient qu'un cas extrême et très évolué de cette spondylite antérieure, le processus inflammatoire destructif ayant diffusé au niveau du disque et des plateaux vertébraux.

Ces auteurs ont d'ailleurs antérieurement démontré les lésions des disques au cours de la pelvi-spondylite par la discographie (14). Dans 6 cas sur 30, ils ont observé des cavités irrégulières situées à la partie antérieure du disque.

Ces mêmes auteurs reviennent sur les aspects destructifs des vertèbres et des disques dans la monographie sur la pelvi-spondylite (15) et publient un cliché radiographique (+

(+) - Figure 11, pages 104-105-106.

remarquable par l'importance et l'étendue des lésions, touchant de D 7 à L 3, avec affaissement discal, condensation des plateaux, et surtout importante image destructive des angles antérieurs des vertèbres. Ce malade âgé de 60 ans, accuse des rachialgies depuis plus de 20 ans; la vitesse de sédimentation a été trouvée constamment accélérée à 50 mm. à la 1ère heure. Les clichés pratiqués 4 ans plus tard ne montrent qu'une aggravation lente des lésions destructives.

= En 1952, BAGGENSTOSS, BICKEL et WARD (2) publient 4 cas de lésions destructives vertébrales apparues au cours de rhumatismes inflammatoires.

Le premier cas a été observé chez un malade porteur d'une polyarthrite rhumatismale de l'homme. Mais les trois autres cas sont des spondylo-discites apparues au cours de pelvi-spondylite.

Le premier cas : Il s'agit d'un homme de 43 ans, souffrant d'une spondylarthrite typique depuis 21 ans. Radiologiquement, il existe des lésions de spondylodiscite D 10, D 11, D 12, asymptomatiques pendant 6 ans, puis apparait une dorsalgie basse, localisée, avec radiologiquement tendance à l'aggravation.

Deuxième cas : C'est également un homme de 43 ans, souffrant de sa spondylarthrite depuis 20 ans. On découvre radiologiquement une spondylo-discite L 3, L 4 devant l'aggravation rapide d'une lombalgie.

Troisième cas : C'est le frère du précédent, âgé de 34 ans, souffrant de sa spondylarthrite depuis 11 ans. Il existe une dorsalgie basse localisée, et l'on note sur les clichés la présence d'une spondylo-discite D 10 - D 11. Il n'a pas été observé de modification radiologique 4 mois plus tard.

Les auteurs signalent, en outre, la possibilité de confondre ces lésions avec un mal de Pott.

= En 1956 parait le premier travail en langue française sur ce sujet : F. JACQUELINE publie 8 cas de pelvi-spondylite avec destruction disco-vertébrale (11). Sur ces 8 cas, 4 correspondent à la spondylite antérieure de ROMANUS : amputation des angles antérieurs limités par une zone de condensation aux contours déchiquetés, survenant sur des lésions débutantes de spondylarthrite, mais d'évolution sévère et rapide.

Dans cette forme, la vertèbre se reconstruit en prenant une forme carrée, mais parfois l'évolution peut se faire vers une destruction importante, ce qui nous amène à l'étude des observations suivantes :

Il s'agit de 3 cas de spondylarthrites anciennes chez des hommes âgés de 45 à 47 ans, dont la maladie est très évoluée radiologiquement. L'image destructive observée est tout à fait comparable aux lésions de spondylo-discite antérieurement décrites, mais l'auteur signale un facteur étiologique intéressant. Dans 2 cas il existait en effet un traumatisme dorso-lombaire important dans les antécédents,

et dans le troisième cas, le malade avait subi deux ans auparavant une ostéotomie de redressement sur les arcs postérieurs de D 12 et L 1. Des clichés pratiqués 6 mois après l'ostéotomie ne montrent pas encore de lésions, ce qui élimine la possibilité d'une spondylo-discite infectieuse d'inoculation per-opératoire.

L'auteur signale encore qu'il n'a pas été observé de processus de réparation de cette spondylo-discite.

= En 1960 paraît la plus importante publication sur ce sujet. WHOLEY, PUGH et BICKEL réunissent 10 cas de "lésions destructives localisées" observées en 10 ans à la Mayo Clinic (18). Les 3 cas de BAGGENSTOSS et Coll. étant inclus dans cette étude.

Ces lésions survinrent au cours de pelvi spondylites évoluées dont le début remonte en moyenne à 24 ans.

L'aspect radiologique des lésions est typique : disques affaissés, surface des plateaux vertébraux en partie détruite et floue avec prédominance des lésions à la partie antérieure des corps et des disques. Ces lésions ont rapidemen été bordées par une importante sclérose osseuse.

Dans les trois observations rapportées en détail, les disques suivants sont atteints :

- D 9 - D 10 avec une dorsalgie localisée à ce niveau,
- D 10 - D 11 avec également une dorsalgie précise,
- D 11 - D 12 sans syndrome douloureux localisé.

Ces auteurs ont pu pratiquer dans 2 cas une biopsie chirurgicale. Les lésions furent considérées histologiquement comme compatibles avec une inflammation rhumatismale, mais il n'est pas donné davantage de précision.

Une ponction-biopsie au trocart fut négative.

Dans les 3 cas, les inoculations et les cultures à la recherche de germes et de mycoses restèrent négatives.

Ces malades furent suivis sur une période moyenne de 5 ans sans que l'on observe d'évolution importante des lésions, sauf dans un seul cas où l'évolution se fit vers l'ankylose avec formation d'un bloc vertébral.

= Enfin, à la séance de la Ligue Française contre le rhumatisme de Juin 1960, il a été présenté par A. VERHAGUES et R. LEBEURRE des observations et des clichés de spondylo-discites subaiguës dont un certain nombre chez des spondylarthritiques (+).

(+) - Texte à paraître dans la Revue du Rhumatisme.

E T U D E D E N O S O B S E R V A T I O N S

-:-:-:-:-:-:-

Nous avons cru utile de séparer nos cas de lésions spondylo-discales en deux groupes :

- d'abord les formes de spondylo-discites typiques avec lésions importantes et indiscutables semblables aux observations déjà publiées,
- ensuite des cas d'atteinte discale et somatique plus discrète, d'aspect radiologique un peu différent, et que nous pensons être des formes précoces, ou incomplètes, d'un processus pathologique identique à celui du groupe précédent.

A - LES LESIONS TYPIQUES DE SPONDYLO-DISCITE

Observation I

DEB... Albert, 53 ans, vient consulter en 1959 au Centre Viggo Petersen pour des dorsalgies et des lombalgies dont il souffre, d'ailleurs, assez modérément, depuis 4 ans. Mais on retrouve dans ses antécédents une arthrite bilatérale des deux genoux à 19 ans.

Donc, pelvi-spondylite évoluant d'une façon plus ou moins indolore depuis 35 ans.

L'examen clinique confirme l'ancienneté des lésions en montrant une ankylose pratiquement absolue du rachis à tous ses étages.

La vitesse de sédimentation est à 37-71.

OBSERVATION I

Figure 1

Figure 2

OBSERVATION I

Figure 3

Figure 4

Radiologiquement, on observe un aspect de spondylarthrite ankylosante au stade historique avec ossification intersomatique étagée et arthrite sacro-iliaque importante.

Mais on est frappé par l'existence d'un gros affaissement discal L 3 - L 4 avec grignotage irrégulier des deux plateaux adjacents sans prédominance antérieure bien marquée. On note un certain degré de calcification discale à ce niveau (Figures 1 - 2 - 3 - 4).

Il existe, en outre, une importante condensation péri-lésionnelle sur les deux vertèbres.

Les tomographies confirment le grignotage des plateaux, la condensation, et montrent qu'il n'existe pas de géodes.

Le malade est revu 7 mois plus tard. L'aspect radiologique est inchangé. Il est traité par 750 mg. par semaine de phénylbutazone; les lombalgies, qui étaient peu intenses, sont légèrement améliorées.

Observation II

LED... Jean, 45 ans, souffre depuis une quinzaine d'années de son rachis lombaire et dorsal, de quelques arthralgies au niveau des genoux et de plusieurs iritis.

A l'examen, il présente des points douloureux étagés sur le rachis dorsal, une raideur importante et surtout une cyphose dorsale qui tend à s'accentuer de façon nette depuis 3 ans.

La vitesse de sédimentation est le plus souvent normale; elle ne sera accélérée qu'en Décembre 1959 à 20-45.

Figure 5

OBSERVATION II

Figure 6

Figure 7

OBSERVATION III

Figure 8

Radiologiquement, outre des lésions de pelvi-spondylite évoluée avec disparition totale des interlignes sacro-iliaques (Figures 5, 6, 7 et 8), on note une spondylo-discite D 7 - D 8 avec affaissement discal, flou et irrégularité importante des plateaux, avec encoche du plateau inférieur de D 7. L'érosion des corps vertébraux prédomine à la partie antérieure, expliquant en partie la cyphose dorsale, la lyse de l'angle antéro-supérieur de D 8 étant bien visible sur la tomographie.

Il existe en outre une importante condensation des deux plateaux vertébraux.

Le malade ayant vécu plusieurs années à ALES et présentant parfois des poussées fébriles mal expliquées, accompagnées de quelques sueurs, le problème de l'association d'une spondylo-discite mélitococcique et d'une pelvi-spondylite fut soulevé devant ces images radiologiques curieuses. Mais le séro-diagnostic de Wright resta négatif du 1/20 au 1/5120; l'intradermo-réaction à la mélitine fut également négative tandis que la numération et formule sanguine restait dans des limites normales.

A ce moment fut envisagé un diagnostic de Pott associé et le malade fut traité, de façon d'ailleurs passagère, par les antibiotiques sans aucun résultat.

De 1957 à 1959, l'état clinique et radiologique du malade est resté pratiquement inchangé sans aucune évolution des lésions, permettant ainsi d'exclure la spondylo-discite infectieuse.

Observation III

SAIL... Lucien, 49 ans. Le malade a souffert de quelque sciatalgies frustes de 1936 à 1940. De 1940 à 1954, le malade ne ressent aucune douleur; puis, en 1954, apparition d'une vague dorsalgie, puis de quelques cervicalgies depuis deux ans.

Au total, pelvi-spondylite presque latente, n'ayant jamais obligé le malade à cesser son activité. Il existe un antécédent d'iritis en 1939.

Le tableau clinique est celui d'une pelvi-spondylite évoluée typique avec raideur totale du rachis mais sans point douloureux dorsal particulier.

Au point de vue radiologique, outre des arthrites sacro-iliaques bilatérales et des ossifications intersomatiques lombaires étagées, il existe une spondylo-discite évidente à l'étage D 11 - D 12 avec affaissement discal et surtout irrégularité et flou des plateaux adjacents prédominant à la partie antérieure de l'espace intersomatique avec une importante ostéo-sclérose péri-lésionnelle.

Ces lésions sont donc presque superposables à celles de l'Observation I.

OBSERVATION IV

Figure 9

Figure 10

OBSERVATION IV

Figure 11

Figure 12

Observation IV

VAU... Jacques, 53 ans, souffre depuis de nombreuses années de rachialgies importantes avec douleur tibio-tarsienne.

Actuellement, se plaint surtout d'une exacerbation de la dorso-lombalgie et de la cervicalgie.

A l'examen, spondylarthrite à un stade très évolué cyphose importante avec une distance occiput - mur égale à 20 cms et une mobilité rachidienne nulle.

La vitesse de sédimentation est très accélérée à 100-120.

A l'examen radiologique, on observe un aspect historique de spondylarthrite avec effacement complet des sacro-iliaques et ossifications intersomatiques importantes et généralisées.

Mais il existe un grignotage avec flou entouré d'une importante condensation des plateaux de D 11 - D 12 (Figures 9, 10, 11 et 12). Ces lésions peuvent se voir sur tous les clichés, mais sont particulièrement nettes sur les tomographies de profil où l'on peut noter la prédominance antérieure du processus destructif.

L'affaissement discal est très modéré; notons que sur la tomographie de face le disque D 9 - D 10 est un peu pincé et irrégulier avec une petite condensation des plateaux.

Ce malade présentait des antécédents de tuberculose pulmonaire, mais la radiographie pulmonaire ne montrait pas de foyer en évolution et la bacilloscopie était négative.

Néanmoins, devant l'aspect radiologique de D 11 - D 12, il fut prescrit de la streptomycine pendant quelques mois sans aucun résultat. Le traitement par la phénylbutazone fut alors entrepris avec une amélioration nette de la dorso-lombalgie, tandis que la vitesse de sédimentation tombait à 38 - 68.

Observation V

BRI... Gilbert, 47 ans, souffre depuis 20 ans de lombalgie et dorsalgie. Actuellement se plaint surtout d'une cervicalgie assez intense depuis un an.

Cliniquement, il existe une raideur importante du rachis avec cyphose dorsale, sans aucun point douloureux précis.

La vitesse de sédimentation est très nettement accélérée à 60-97.

Radiologiquement, les interlignes sacro-iliaques ont presque disparu et l'on note une importante symphysite pubienne.

Il existe un pincement de la partie antérieure de L 2 - L 3 avec grignotage et irrégularité des plateaux. On note, en outre, une importante condensation péri-lésionnelle.

Observation VI

PRI... Eugène, 35 ans.

Le début de la maladie remonte à l'âge de 15 ans, par des dorsalgies avec sciatique bilatérale et raduculalgie en ceinture. A 31 ans, apparition d'une coxite bilatérale qui s'est progressivement aggravée jusqu'à rendre le malade très invalide.

La vitesse de sédimentation est très nettement accélérée à 60-100.

OBSERVATION VI

Figure 13

Figure 14

Radiologiquement : (Figures 13 et 14)

Outre des sacro-iliaques complètement effacées, de nombreuses ossifications intersomatiques lombaires et dorso-lombaires et une coxite bilatérale très évoluée, il existe en L 3 - L 4 un pincement confinant à la disparition du disque avec irrégularité, léger grignotage et flou des deux plateaux. Il n'existe qu'une très discrète condensation autour des lésions.

A l'étage au-dessus, en L 2 - L 3, on remarque une image typique de la spondylite antérieure de ROMANUS, avec érosion, flou et condensation des angles antérieurs des corps et ébauche de la formation du syndesmophyte.

B - LES LESIONS PLUS LIMITEES OU ATYPIQUES

Observation VII

BER... Robert, 24 ans.

Début clinique de la maladie par une sciatalgie bilatérale il y a 6 mois. Depuis deux mois, il souffre d'une lombalgie haute. A l'examen, il existe une raideur lombaire très importante; la vitesse de sédimentation est à 27-54.

Radiologiquement : (Figures 15, 16 et 17), outre un effacement des sacro-iliaques, une coxite bilatérale débutante et des arthrites des articulations postérieures lombaires, on note un affaissement L 2 - L 3 avec condensation à la partie centrale des deux plateaux, au sein de laquelle il semble exister une petite ulcération du plateau inférieur de L 2.

Figure 15

OBSERVATION VII

Figure 16

OBSERVATION VII

Figure 17

Au point de vue évolutif, la lombalgie haute a disparu sous phénylbutazone.

Observation VIII

SAN... LO... Candido, 43 ans, souffre depuis son retour de déportation, en 1945, d'une dorsalgie et d'une cervicalgie intermittente. Il existe une lombalgie plus importante depuis 6 mois et un antécédent d'iritis il y a 2 ans.

Cliniquement, on découvre une raideur lombaire pratiquement absolue avec une importante cyphose dorsale.

La vitesse de sédimentation est à 18-42.

Radiologiquement :

Il existe une arthrite sacro-iliaque et des ossifications inter-somatiques typiques.

On note, en outre, un affaissement de L 1 - L 2, avec condensation de la partie moyenne des plateaux, irrégularité et érosion au sein de la zone de sclérose bien visible sur les clichés de trois quarts. Pas d'atteinte de la partie antérieure des plateaux.

Il existe un syndesmophyte évident à l'étage au-dessus, mais pas d'ossification au niveau de la lésion.

Observation IX

RIC... Jacques, 19 ans, souffre d'une lombalgie basse depuis 1 an, nettement aggravée depuis 3 mois.

Cliniquement : on note une rigidité rachidienne matinale importante avec douleur sacro-iliaque à la pression et petite baisse de l'état général.

La vitesse de sédimentation est montée à 32-54.

Radiologiquement : On constate un élargissement avec flou, aires de décalcification et condensation des sacro-iliaques. Il existe un affaissement de L 4 - L 5 et plus discret de L 3 - L 4. On note une condensation prédominant sur la partie moyenne du plateau inférieur de L 4 avec, à ce niveau, un aspect géodique du plateau. Il existe une lésion identique, mais plus discrète, à l'étage L 3 - L 4.

Observation X

Ben AZZ.... Mohamed, 50 ans, souffre de lombalgies depuis 1 an environ, avec arthralgie du genou et de la cheville.

Cliniquement, on observe une raideur rachidienne importante. La vitesse de sédimentation est à 17 - 36. Au point de vue radiologique, outre une arthrite sacro-iliaque bilatérale et des ossifications intersomatiques dorso-lombaires, il existe un affaissement important D 11 - D 12 et plus discret de L 1 - L 2.

Sur un cliché de profil, on note une condensation assez discrète mais indiscutable de la partie moyenne des plateaux. Il n'y a pas d'ulcération visible des plateaux.

Observation XI

BIG... Julie, 65 ans.

La malade consulte pour la première fois en 1956 pour rachialgie diffuse avec sciatalgie. Elle présente une raideur rachidienne et le diagnostic de pelvi-spondylite féminine est porté devant une arthrite sacro-iliaque bilatérale.

La vitesse de sédimentation est alors accélérée à 67-104 et la réaction de Waaler-Rose négative.

On note déjà à l'époque un pincement du disque C 4 - C 5 et surtout C 3 - C 4 avec dysharmonie de courbure, qu'on rapporte à une cervicarthrose surajoutée.

La malade est revue en 1959 pour des cervicalgies intenses, surtout matinales, accompagnées d'une chute de l'état général.

A l'examen, elle présente un rachis cervical raide et douloureux, avec un point douloureux net à la pression de C 2, C 3, C 4. La vitesse de sédimentation est très accélérée, à 115-129.

Radiologiquement, on observe un affaissement important de C 3 - C 4, plus discret de C 2 - C 3. Les tomographies de face et de profil montrent une ulcération plus ou moins géodique et floue de la partie moyenne du plateau inférieur de C 2, de C 3 et du plateau supérieur de C 4, avec une condensation péri-lésionnelle discrète mais nettement visible, surtout sur les tomographies de face.

Il n'existe pas d'atteinte de la partie antérieure des plateaux.

L'évolution, sous 0,5 g. de phénylbutazone par jour, se fait vers une très nette amélioration de la cervicalgie, qui récidive à toute tentative d'arrêt du traitement.

-:-:-:-:-

ETUDE SYNTHETIQUE DES PRINCIPAUX CARACTERES CLINIQUES, BIOLOGIQUES ET RADIOLOGIQUES DE NOS CAS COMPARES A CEUX DE LA LITTERATURE

-:-:-:-:-:-

A - LA FREQUENCE

Nous avons découvert 6 cas typiques et 5 formes avec lésions limitées ou incomplètes en étudiant 411 dossiers de pelvi-spondylites examinées au Centre Viggo Petersen de Janvier 1955 à Décembre 1959.

Les lésions de spondylo-discite rhumatismale se voient donc dans 2 à 3 % des cas de spondylarthrite.

Elles sont donc relativement rares sans être exceptionnelles, et l'on peut en voir 2 à 3 par an dans un grand centre de rhumatologie.

Cette fréquence correspond à peu près à celle donnée par WHOLEY et Coll. (18), qui indiquent que ces lésions sont rares et qu'ils n'en ont observé que 10 cas en 10 ans à la Mayo Clinic.

Il est toutefois possible qu'un certain nombre de ces lésions passent inaperçues, car dans ces spondylarthrites patentes et évoluées, les clichés dorso-lombaires ne sont pas toujours demandés.

B - LES FACTEURS ETIOLOGIQUES

Age des malades et âge de la maladie - Sexe

L'âge moyen de nos formes typiques est de 47 ans, lors de la première consultation, et de 40 ans pour les formes limitées ou atypiques.

La durée de l'évolution de la spondylarthrite est plus difficile à établir. En effet, certains malades présentent de longues périodes indolores dans l'évolution de leur maladie et ne souffrent que depuis quelques années alors que leurs clichés montrent des lésions anciennes et très évoluées.

La durée moyenne d'évolution de la pelvi-spondylite dans nos cas typiques, est de 19 ans.

On peut donc conclure que cette spondylo-discite survient au cours de formes évoluées de spondylarthrite dont le diagnostic est toujours évident, tant cliniquement que radiologiquement.

Les publications antérieures confirment cette notion.

- Les 3 cas de spondylo-discites de F. JACQUELINE (11) concernent des hommes de 45 à 47 ans, porteurs de maladies très évoluées : 23 et 31 ans.

- WHOLEY et Coll. (18) indiquent qu'il s'agit de spondylarthrites évoluées dont l'âge moyen de la maladie est de 24 ans.

Au point de vue sexe, nous observons 1 cas chez la femme pour 10 cas chez l'homme. Dans la littérature, on ne retrouve que des cas masculins.

Mais, compte tenu de la grande prépondérance masculine de la spondylarthrite (90 % des cas : de SEZE et RYCKEWAERT (16)) et des chiffres faibles des séries publiées à ce jour, il est difficile de conclure à une particulière

électivité de la spondylo-discite rhumatismale pour l'homme.

Rôle des traumatismes

Contrairement à l'opinion de F. JACQUELINE (11), nous n'avons jamais retrouvé, dans nos 11 cas, d'antécédents de traumatisme rachidien notable.

Aucun des autres auteurs précités ne signale d'antécédents traumatiques dans les cas rapportés.

On peut donc conclure que si la spondylo-discite rhumatismale apparaît dans la plupart des cas en l'absence de tout traumatisme rachidien, on peut admettre que ce traumatisme peut activier l'évolution d'une spondylo-discite, ou tout au moins être révélateur de cette lésion.

C - LES CARACTERES DE LA PELVI-SPONDYLITE

Evolutivité et gravité générale de la maladie

Il semble que l'évolutivité de la spondylarthrite soit très variable et sans rapport avec l'importance de la spondylo-discite.

Dans les trois premières observations, l'évolution a été très chronique, plus ou moins indolore, les V.S. étant à 37 et 20 mm.

Les observations IV et V montrent une évolutivité beaucoup plus grande avec rachialgie importante, la vitesse de sédimentation étant à 100 et à 60 mm.

L'observation VI montre une spondylarthrite grave, évolutive, avec une coxite et une vitesse de sédimentation à 60-100.

Parmi les formes précoces ou atypiques, on note la même diversité d'évolutivité reflétée par la vitesse de sédimentation.

Observation	Evolutivité et douleurs actuelles	V.S.
I	±	37-71
II	+	20-45
III	0	
IV	+++	100-120
V	++	60-97
VI	+++	60-100
VII	++	27-54
VIII	+	18-42
IX	+++	32-54
X	+	17-36
XI	+++	115-129

Il semble donc que, dans l'ensemble, la vitesse de sédimentation de nos malades soit un peu plus accélérée que dans les formes communes de spondylarthrite.

Mais certains malades - Observations I et II - porteurs de spondylo-discite importante sont actuellement en phase tout à fait quiescente. Il est permis de penser que ces lésions se sont constituées lors d'une phase initiale antérieure très évolutive et inflammatoire.

Les arthrites périphériques

La proportion d'arthrites et d'arthralgies périphériques est de 4 sur 11, ce qui constitue une proportion à peu près normale.

Antécédents oculaires

On retrouve une iritis rhumatismale dans 3 cas sur 11.

Ces chiffres, qui ne peuvent avoir qu'une valeur très relative sur un si petit nombre de malades, montrent néanmoins que l'évolution des spondylarthrites ankylosantes sur lesquelles se développent des spondylo-discites est tout à fait commune et n'offre pas de particularité clinique ou biologique.

D - LES SIGNES CLINIQUES PROPRES A LA SPONDYLO-DISCITE

Il n'en est qu'un : c'est la rachialgie localisée au niveau de la spondylo-discite; mais elle est inconstante.

Dans nos formes typiques, elle existait nettement dans 1 cas, plus modérée dans un autre, et complètement absente dans 4 cas.

A l'inverse, dans les formes précoces ou atypiques, la douleur localisée existait dans 4 cas sur 5.

De toute façon, chez un malade porteur d'une spondylarthrite, il est difficile d'affirmer que la lésion discale soit la seule cause de la douleur.

Dans la littérature, les 3 cas de BAGGENSTOSS et Coll. (2) présentaient une douleur spontanée précise, correspondant à la localisation de la lésion discale. Dans les 3 cas rapportés en détail par WHOLEY et Coll. (18), 2 seulement avaient une douleur rachidienne localisée.

Mais l'apparition d'une dorsalgie, même fixe et localisée, est un symptôme trop commun au cours de la pelvi-spondylite pour attirer l'attention du médecin, et dans tous nos cas c'est l'examen radiographique lombaire et dorso-lombaire qui a révélé l'image de spondylodiscite.

E - ETUDE RADIOLOGIQUE DES LESIONS

a) Le siège

Dans nos 11 cas personnels, nous observons :

3 atteintes D 11 - D 12
2 atteintes L 1 - L 2
2 atteintes L 2 - L 3
2 atteintes L 3 - L 4
1 atteinte L 4 - L 5
1 atteinte D 9 - D 10
1 atteinte D 7 - D 8
et 1 atteinte C 3 - C 4, cas particulier sur lequel nous reviendrons.

En joignant à nos cas les observations publiées, nous obtenons :

1 spondylo-discite C 3 - C 4
1 spondylo-discite D 6 - D 7
2 spondylo-discites D 7 - D 8
3 spondylo-discites D 9 - D 10
5 spondylo-discites D 10 - D 11
9 spondylo-discites D 11 - D 12
3 spondylo-discites L 1 - L 2
3 spondylo-discites L 2 - L 3
3 spondylo-discites L 3 - L 4
1 spondylo-discite L 4 - L 5

statistique établie sur 23 malades.

On note d'emblée la fréquence particulière des lésions sur la charnière dorso-lombaire : le processus siège de D 9 à L 3 dans plus des deux tiers des cas.

La spondylo-discite rhumatismale est en général localisée à un seul étage dans 18 cas sur 23, à 2 étages dans 4 cas sur 23. ROMANUS et YDEN (15) ont observé un seul cas de spondylo-discite particulièrement destructive, étagée de D 7 à L 3.

b) Description de la lésion typique de spondylo-discite rhumatismale

L'affaissement discal est pratiquement constant.

Il peut être important : observation I, ou discret : observation IV. On peut expliquer cette absence d'affaissement discal par une ankylose complète osseuse des articulaires postérieures à ce niveau, préalable à la spondylo discite. C'est également le cas du malade signalé par FORESTIER et Coll. (+)

Les lésions destructives des plateaux vertébraux

Il existe un grignotage irrégulier des deux plateaux, pouvant parfois prédominer sur l'un d'entre eux, souvent plus important à la partie antérieure du plateau, érodant alors les coins antérieurs.

Cette prédominance antérieure peut parfois manquer Quand elle est importante, elle peut accentuer une cyphose angulaire (observation II).

La tomographie des corps vertébraux, surtout de profi précise le grignotage et les irrégularités des plateaux;

(+) - Figure 37 dans la monographie (7).

en outre, elle confirme l'absence de géodes intra-somatiques.

La condensation

C'est l'élément le plus constant et le plus caractéristique des lésions. Elle est en règle importante, étendue touchant les deux plateaux autour du grignotage osseux, tout à fait comparable à la condensation de la berge iliaque de la sacro-iliaque.

Les images constructives sont à peu près inexistantes au niveau de la spondylo-discite. On note souvent des ossifications intersomatiques importantes et typiques de la spondylarthrite à l'étage immédiatement supérieur ou inférieur (Observations I et III). Mais il n'existe pas de pont osseux ou de tendance à l'ostéophytose au niveau même de la lésion.

Les lésions de pelvi-spondylite rhumatismale étant en général très évoluées, le diagnostic radiologique en est évident :

- effacement complet des sacro-iliaques ou tout au moins arthrite bilatérale tout à fait typique;
- ossifications intersomatiques étagées réalisant souvent la classique colonne de bambou.

c) Les images précoces, atypiques ou incomplètes

La condensation, toujours constante, a pour caractère de siéger à la partie moyenne du plateau, laissant libres les angles. Il n'y a donc pas de prédominance antérieure. Cette condensation semble souvent prédominer sur un seul plateau.

L'ulcération peut manquer ou s'inscrire dans la zone de sclérose sous forme d'un petit grignotage ou d'une petite géode unique.

L'affaissement discal est ici plus discret et peut manquer.

d) Nous avons séparé ces deux formes de lésion vertébrale et discale sur des arguments cliniques et surtout radiologiques.

Dans les formes atypiques incomplètes, précoces, nous avons noté dans l'ensemble le plus jeune âge des malades - 40 ans au lieu de 47 -, l'évolution en général moins longue de la spondylarthrite et surtout un aspect radiologique différent, comme nous l'avons déjà vu.

Mais quoique nous n'ayons pas eu la chance de pouvoir observer le passage, chez un même malade, de la forme précoce et atypique à la spondylo-discite rhumatismale typique, nous pensons néanmoins qu'il s'agit d'un processus destructif dont la cause rhumatismale est identique pour les deux formes.

= Notons également la parenté entre l'image de la spondylo-discite et celle de l'arthrite sacro-iliaque de la spondylarthrite.

Le grignotage avec irrégularité et flou des plateaux est très proche de l'image observée dans l'arthrite sacro-iliaque.

Et surtout la condensation péri-lésionnelle est un élément caractéristique de la pelvi-spondylite que l'on retrouve au niveau de la spondylo-discite.

= Il faut, en outre, revenir sur notre Observation XI qui doit être classée à part.

Ce cas est en effet très particulier par le sexe de la malade, son âge de 65 ans nettement plus avancé que l'âge moyen de nos autres observations, et la localisation cervicale, unique à la fois dans nos observations et dans la littérature.

Ce cas est également atypique par son potentiel inflammatoire. Cette malade souffrait en effet d'une cervicalgie intense avec un point douloureux net C 2 - C 3 - C 4, et sa vitesse de sédimentation était très accélérée à 115 - 129.

Radiologiquement, la lésion est également atypique, car s'il existe un affaissement discal de C 3 - C 4 avec une ulcération des plateaux, on note par contre la discrétion de la condensation péri-lésionnelle.

F - EVOLUTION

L'évolution de cette spondylo-discite est extrêmement lente.

- Dans l'observation I, les lésions ne se sont pas modifiées en 7 mois.

- Dans l'observation II, il n'y a pas eu de modifications radiologiques en 2 ans.

L'étude de la littérature semble confirmer cette notion.

WHOLEY et Coll. (18) écrivent : "Ces malades furent suivis sur une période moyenne de 5 ans sans que l'on observe d'évolution importante de la lésion, sauf dans un seul cas où l'évolution se fit vers l'ankylose avec bloc".

F. JACQUELINE (11) note qu'il n'a pas été observé de processus de réparation des lésions destructives dans ses 3 cas.

ROMANUS et YDEN (15) confirment cette notion au sujet d'un cas très évolué : "Les clichés pratiqués 4 ans plus tard ne montrent qu'une aggravation lente des lésions destructives".

Parmi nos 11 cas, nous n'avons pas observé d'évolution des lésions vers un bloc vertébral.

On peut donc conclure que ces lésions de spondylo-discite rhumatismale sont radiologiquement quiescentes et peu évolutives; l'évolution vers un bloc vertébral étant tout à fait exceptionnelle.

Quand à l'évolution clinique, la douleur localisée au niveau de la spondylo-discite a été rapidement soulagée par la phénylbutazone dans les 6 cas où elle existait. Mais dans cette efficacité clinique, il est difficile de préciser ce qui est dû à l'action sur la lésion destructive disco vertébrale et ce qui est dû à l'action sur la spondylarthrite ankylosante en général.

-:-:-:-:-

A N A T O M I E P A T H O L O G I Q U E

-:-:-:-:-:-:-

Nous n'avons pas pu obtenir de documents anatomiques de nos malades.

BAGGENSTOSS et Coll. (2) ont publié le compte rendu nécropsique d'un de leurs malades qui présente une destruction de D 12, mais avec assez peu d'atteinte discale. Il existe un foyer de nécrose avec infiltrats de polynucléaires et vaisseaux thrombosés. A la périphérie de la région nécrotique, on observe un granulome inflammatoire.

Mais le cas de ce malade est à la limite du sujet de notre travail, car il est beaucoup plus proche d'une polyarthrite chronique rhumatismale de l'homme que d'une pelvispondylite.

WHOLEY et Coll. (18) ont pratiqué dans 2 cas de spondylo-discite rhumatismale une biopsie chirurgicale. Ils rapportent sans plus de précisions que les lésions furent considérées histologiquement comme compatibles avec une inflammation rhumatismale.

-:-:-:-:-:-

HYPOTHESES PATHOGENIQUES SUR LA NATURE DE CES SPONDYLO DISCITES

-:-:-:-:-:-:-:-:-

= Il semble que l'on puisse formellement éliminer l'hypothèse assez souvent avancée de l'association d'une pelvi-spondylite et d'une spondylo-discite infectieuse, en particulier pottique.

Outre les caractères cliniques et radiologiques que nous reverrons d'une façon plus précise en étudiant le diagnostic différentiel, notons d'emblée que la plupart de nos malades n'avaient aucun antécédent tuberculeux, mélitococcique ou staphylococcique, que deux biopsies chirurgicales et une biopsie à l'aiguille pratiquées par WHOLEY et Coll. ont montré la stérilité des lésions.

En outre, ces spondylo-discites ont une symptomatologie radiologique, une lenteur d'évolution tout à fait typique, qui assurent de leur autonomie nosologique et qui excluent l'association à une pelvi-spondylite de processus morbides différents.

= <u>L'hypothèse du traumatisme</u> a été soulevée par F. JACQUELINE (11). Cet auteur pense que le rachis ankylosé par la spondylarthrite ne peut plus avoir aucune souplesse pour absorber des traumatismes relativement modérés et qu'ainsi peuvent se créer des lésions discales et somatiques importantes par des traumatismes relativement modérés. Dans les 3 cas observés par cet auteur, on retrouvait en effet un traumatisme rachidien notable.

Mais de très forts arguments s'opposent à cette hypothèse :

Arguments étiologiques :

Nous n'avons retrouvé aucun antécédent de traumatisme dans nos 11 cas. Aucune autre publication ne signale ce facteur étiologique dans ses observations.

Arguments radiologiques :

Les images radiologiques n'évoquent en rien une fracture rachidienne, même ancienne et remaniée. On n'observe jamais de tassement vertébral, mais une lyse avec grignotage des plateaux.

Il semble donc que le traumatisme ne soit pas en cause dans l'apparition de lésions destructives de cette sorte.

Tout au plus, dans certains cas, on peut admettre que le traumatisme puisse jouer un rôle favorisant ou révélateur des lésions.

= L'hypothèse de l'inflammation rhumatismale parait la plus vraisemblable pour plusieurs raisons.

- Les lésions apparaissent avec le maximum de fréquence à la charnière dorso-lombaire, où les lésions vertébrales de la pelvi-spondylite sont toujours les plus précoces et les plus actives.

- Ces lésions de spondylo-discite ressemblent, comme le soutiennent ROMANUS et YDEN (13 et 15), au développement et à l'extension de la spondylite antérieure.

Quelques arguments peuvent être mis en avant en faveur de cette hypothèse :

Le grignotage et la destruction osseuse prédominent souvent à la partie antérieure des plateaux et ils semblent bien n'être qu'une extension de la petite lyse de l'angle antérieur.

La condensation péri-lésionnelle existe également sur les deux images.

Le pincement discal est dû à l'extension de l'inflammation de la région péri-discale et sous-ligamentaire au disque lui-même.

Dans nos observations nous trouvons en outre, un autre argument en faveur de l'hypothèse de ROMANUS.

Dans l'observation VI, nous pouvons noter la coexistence des deux lésions (Figure 14). En L 3 - L 4, nous observons une destruction discale importante avec grignotage et flou des deux plateaux, condensation péri-lésionnelle, et à l'étage au-dessus, en L 2 - L 3, une image typique de spondylite antérieure de ROMANUS.

- L'étude anatomo-pathologique, montrant l'inflammation rhumatismale au niveau du disque, apporte également un argument de grand poids à cette hypothèse.

Mais cette spondylo-discite diffère d'une façon importante par son évolution de la spondylite antérieure de ROMANUS. Tandis que cette dernière guérit avec formation de l'ossification intersomatique et de la vertèbre rectangulaire,

la spondylo-discite, comme nous l'avons vu antérieurement, n'a que très peu de tendance à la guérison par bloc vertébral.

Il est, par contre, difficile de préciser pourquoi un très petit nombre seulement de pelvi-spondylites (1 à 2 % - Cf. plus haut) présentent cette atteinte inflammatoire extensive du disque et des plateaux vertébraux.

L'étude de nos observations ne nous a pas montré d'anomalies bien nettes, cliniques, radiologiques et évolutives, dans le déroulement de la spondylarthrite, si ce n'est, peut-être, une vitesse de sédimentation un peu plus accélérée que la moyenne des spondylarthrites.

Dans les cas publiés par BAGGENSTOSS et Coll. (2), on peut trouver l'observation de deux frères porteurs de pelvi-spondylite, dont l'un présenta une spondylo-discite rhumatismale au bout de 20 ans d'évolution, et l'autre une spondylo-discite D 10 - D 11 au bout de 11 ans d'évolution.

Cette observation fait discuter l'intervention possible d'un facteur lié au terrain, favorisant la diffusion du processus inflammatoire... Notion extrêmement vague et difficile à préciser.

-:-:-:-:-:-

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DE CES SPONDYLO-DISCITES RHUMATISMALES

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Il présente un intérêt non négligeable car un nombre important d'erreurs diagnostiques a été fait devant cette image de spondylo-discite, surtout si le malade avait des antécédents pathologiques.

En effet, parmi nos malades, nous trouvons :

- V... Jacques (Obs. IV) (Figures 9, 10, 11, 12), qui avait des antécédents de tuberculose pulmonaire et qui fut traité sans résultat par la streptomycine.

- L... Jean (Obs. II) (Figures 5, 6, 7, 8). Le diagnostic de spondylo-discite mélitococcique fut sérieusement envisagé devant des poussées fébriles avec sueurs mal expliquées; le malade ayant en outre vécu plusieurs années à ALES. Ce diagnostic ne fut éliminé que devant le résultat négatif des examens biologiques. On pensa alors à un mal de Pott et le malade subit 2 mois de traitement par les antibiotiques sans aucun résultat.

- R... Jacques (Obs. IX) : le diagnostic fut d'abord hésitant entre Pott et hernie de Schmorl. En fait ce diagnostic ne peut se poser que d'une façon exceptionnelle car les images sont très différentes : la sclérose autour de la hernie est très localisée, soulignant juste cette dernière; il n'existe jamais de lyse ni de flou des plateaux et en outre ces hernies se retrouvent sur de nombreux étages.

Dans la littérature, presque tous les auteurs insistent sur l'aspect pseudo-pottique des lésions; ainsi, un malade d'EDSTRÖM (10) fut traité 6 mois pour Pott dorso-lombaire, et d'autres pour la possibilité d'association entre le mal de Pott et la spondylarthrite, qui a déjà été signalée (19).

En fait, l'image radiologique standard et surtout tomographique est très différente de celle d'un mal de Pott en évolution.

Il n'existe jamais de carie osseuse intra-somatique à limites floues; les lésions sont le plus souvent à prédominance antérieure et surtout elles sont bordées d'une sclérose importante que l'on ne voit jamais à un tel degré dans le mal de Pott. Il n'existe en outre jamais d'image de fuseau para-vertébral.

L'évolution peut également fournir des arguments : il n'apparait jamais d'abcès ni de compression neurologique; et surtout l'évolution radiologique est très lente et ne se fait jamais vers le bloc.

La spondylo-discite brucellienne ou staphylococcique a une évolution clinique habituellement très différente avec l'apparition d'une douleur brutale, intense, accompagnée d'une fièvre importante, encore qui puisse exister des formes chroniques d'emblée.

Radiologiquement, les lésions, peut-être plus proches d'aspect que celles du Pott parce qu'il n'existe plus de condensation, sont tout de même assez différentes.

Dans la lésion de nature infectieuse, à côté d'une destruction plus ou moins importante des plateaux d'allure parfois géodique, on observe une tendance précoce et très caractéristique à la construction et à l'ostéophytose aboutissant volontiers au bloc vertébral.

En fait, le diagnostic ne peut guère se poser que dans certaines formes subaiguës de spondylo-discite parfois refroidie par antibiothérapie à dose insuffisante.

La ponction-biopsie du disque est alors théoriquement un excellent procédé permettant deux contrôles : anatomo-pathologique et bactériologique. Mais ses dangers sont importants car, en cas d'infection effective, le risque d'ensemencement des parties molles est à prendre en considération et surtout la détérioration du disque biopsié est importante et peut être la cause de douleurs éventuelles.

Enfin, dernière faiblesse du procédé : il est difficile de retirer un fragment discal assez volumineux pour permettre un examen anatomo-pathologique valable.

En fait, en cas de diagnostic hésitant entre une image rhumatismale et infectieuse, on mettra le malade en observation, au repos, en suivant l'évolution radiologique et ce n'est que dans des cas exceptionnels où le diagnostic reste encore douteux que peut se poser l'indication d'une biopsie chirurgicale qui permet d'obtenir des fragments toujours interprétables.

C O N C L U S I O N

-:-:-:-:-

L'inflammation rhumatismale de la pelvi-spondylite peut, dans un pourcentage assez faible de cas variant entre 1 et 2 %, diffuser au niveau du disque et des plateaux vertébraux, entrainant une destruction plus ou moins importante de ceux-ci, au niveau d'un,plus rarement 2 étages.

Ces spondylo-discites rhumatismales apparaissent avec un maximum de fréquence à la charnière dorso-lombaire.

Leur symptomatologie est faite de douleurs localisées qui peuvent d'ailleurs manquer totalement, la lésion étant fréquemment une découverte radiologique.

Ces images radiologiques sont, dans les cas typiques, presque pathognomoniques tant est évocatrice l'association à la pelvi-spondylite du pincement discal, de la destruction des plateaux à prédominance antérieure, et à limites floues ces lésions étant noyées dans une sclérose osseuse importante.

L'image peut parfois être moins typique, associant au pincement discal une condensation des plateaux plus discrète au sein de laquelle on découvre une petite ulcération inconstante.

L'évolution est toujours très lente, sans aucune tendance à la réparation ou à la fusion.

L'association de cette lésion disco-vertébrale à une spondylarthrite ankylosante patente et évoluée depuis environ 15 à 20 ans doit faire porter le diagnostic de spondylo-discite rhumatismale. Cependant la nature rhumatismale de la lésion est souvent méconnue et considérée à tort comme relevant d'une origine infectieuse.

Elles sont néanmoins d'origine rhumatismale, comme le montre l'absence très fréquente d'antécédent infectieux la lenteur de l'évolution, et surtout le résultat des biopsies qui ont montré un granulome inflammatoire d'allure rhumatismale absolument stérile.

-:-:-:-:-:-

VU le Président de la Thèse,
Monsieur le Professeur de SEZE

VU, le Doyen
Monsieur le Professeur BINET

VU, le Recteur
M. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-

1. ANDERSON O. - Roentgenbil den vid. spondylarthritis ankylopoeitica. Nod. Med. Tidskr. 1937, 14, p. 2000-2002.

2. BAGGENSTOSS A.H., BICKEL W.H., WARD L.E. - Rheumatoïd granulomatous nodules as destructive lesions of vertebrae. J. of Bone and Joint Surgery, July 52, p. 601-609.

3. COMROE'S - Arthritis and allied conditions. Lea and Febiger, Philadelphia, 1953, 1102 pages.

4. COPEMAN W.S.C. - Textbook of the rheumatic diseases. Livingtone, London, 1955, 754 pages.

5. COSTE F., GOUGEON J. - S.P.A. chez 2 frères. Revue du Rhumatisme, Janvier 51, 18, p. 39.

6. COSTE F., MOUZON M. et BOISSIERE H. - Aspects actuels de la S.P.A. - B.M. de la Soc. Méd. Hôp. Paris, 13 Juin 47, 63, p. 493-502.

7. FORESTIER J., ROTES-QUEROL J., JACQUELINE F. - La spondylarthrite ankylosante. Masson. 1951.

8. GUERIN Cl. - Spondylarthrite ankylosante. E.M.C. Os et Articulation, 14.230, A 10.

9. GUEST C.M., JACOBSON H.G. - Pelvic and extra-pelvic osteopathy in rheumatoïd spondylitis. A clinical and roent. study of 90 cases. Am. J. Roentgenology 1951, 67, 760-768.

10. EDSTRÖM G. - Is spondylarthritis an independant disease or a rhumatic syndrome. Acta medica Scandinavia, 1940, 104, p. 396-413.

11. JACQUELINE F. - Troubles de la structure osseuse et lésions destructives au cours de la S.P.A. - J. de Radiologie et d'Electrologie, N° 11-12, 37, Nov. Déc. 1956, p. 887-893.

12. MANNETI C. - La spondilite anchilopoietica. Collana di monographie dell' Archivio Moragliano - Genova, 55, 307 pages.

13. ROMANUS R., YDEN S. - Destructive and ossifying spondilitic changes in rheumatoïd ankylosing spondylitis - Acta Orthopaedica Scandinavica, N° 22, 1952, p. 88-99.

14. ROMANUS R., YDEN S. - Discographie in ankylosing spondylitis. Acta radiologica, N° 38, Déc. 52.

15. ROMANUS R., YDEN S. - Pelvo-spondylitis ossificans. Munksgaard. Copenhagen 1955, 162 pages.

16. DE SEZE S., RYCKEWAERT A. - Les rhumatismes articulaires inflammatoires - Baillière, 1957.

17. DE SEZE S., RYCKEWAERT A. - Maladie des os et des articulations - Flammarion.

18. WHOLEY M.H., PUGH O.G., BICKEL W.H. - Localized destructive lesions in rheumatoïd spondylitis. Radiology, 74, Janvier 60, p. 54-56.

19. WEISSENBACH R.J., PERLES L., TENINE P. - Spondylose ankylosante et mal de Pott. Revue du Rhumatisme, 1939, p. 518-526.

-:-:-:-:-:-

TABLE DES MATIERES

-:-:-:-:-:-

	Pages
INTRODUCTION	1
ETUDE HISTORIQUE	4
ETUDE DE NOS OBSERVATIONS	10
A - Lésions typiques de spondylo-discite	10
B - Les formes avec lésions précoces ou atypiques	16
ETUDE SYNTHETIQUE DES PRINCIPAUX CARACTERES CLINIQUES, BIOLOGIQUES ET RADIOLOGIQUES DE NOS CAS, COMPARES A CEUX DE LA LITTERATURE	20
A - La fréquence	20
B - Les facteurs étiologiques	20
- Age des malades, de la maladie, Sexe	20
- Rôle des traumatismes	22
C - Etude de la pelvi-spondylite	22
D - Les signes cliniques propres à la spondylo-discite	24
E - Etude radiologique des lésions	25
a) Le siège	25
b) Description de la lésion typique de spondylo-discite rhumatismale	26
c) Les images précoces, atypiques ou incomplètes	27
F - Evolution	29
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	31
HYPOTHESES PATHOGENIQUES SUR LA NATURE DE CES SPONDYLO-DISCITES	32
LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	36
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	41